[Nombre completo]

[Dirección]

[Ciudad]

[Teléfono]

[Correo electrónico]

[Fecha]

EPS [Nombre de la EPS]

Attn: [Departamento o área correspondiente]

[Dirección]

[Ciudad]

Asunto: Derecho de Petición para Autorización de Cirugía

Estimados señores de la EPS [Nombre de la EPS],

Yo, [Nombre completo], identificado(a) con [Tipo de identificación] número [Número de identificación], me dirijo respetuosamente a ustedes en ejercicio de mis derechos como afiliado(a) a la EPS y de conformidad con la legislación colombiana, para presentar el presente Derecho de Petición con el objetivo de solicitar la autorización de una cirugía que me ha sido indicada por mi médico tratante.

Fundamento mi petición en los siguientes argumentos y consideraciones legales:

De acuerdo con la Ley 1751 de 2015, tengo derecho a recibir una atención integral en salud que incluya los procedimientos médicos necesarios para el diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de mi condición médica.

[Explica claramente la razón médica por la cual se requiere la cirugía, incluyendo el diagnóstico, el nombre del procedimiento y la recomendación del médico tratante].

Por lo anterior, solicito a ustedes que se sirvan:

Confirmar la recepción de este derecho de petición dentro de los términos establecidos por la ley.

Realizar una evaluación completa de mi caso médico, teniendo en cuenta los informes y recomendaciones del médico tratante, con el fin de determinar la pertinencia y necesidad de la cirugía.

Autorizar la realización de la cirugía indicada por el médico tratante, cubriendo los costos asociados a la misma de acuerdo con las condiciones y términos establecidos en mi plan de salud.

Notificarme por escrito sobre la resolución adoptada en relación a mi solicitud de autorización de cirugía, indicando los fundamentos de la decisión tomada y proporcionando cualquier documentación adicional que sea necesaria para dar seguimiento al proceso.

Adjunto a este derecho de petición copia de mi documento de identidad [adjuntar copia del documento de identidad], los informes médicos pertinentes y cualquier otro documento o evidencia que respalde mi solicitud.

Agradezco de antemano su pronta atención y respuesta a mi petición, con el fin de asegurar el acceso oportuno y adecuado al procedimiento quirúrgico que requiero.

Cordialmente,

[Nombre completo]

[Número de identificación]

[Firma]

CC: [Lista de copias a personas o entidades pertinentes, si aplica]